Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau
(Direktor: Prof. *L. Fraenkel*)

Aussichten und Grenzen für die Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin und Chirurgie
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau
vorgelegt von

Maria Baumert

BERLIN 1932
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

---

I. Berichterstatter: Professor Dr. Geller
II. Berichterstatter: Professor Dr. Fraenkel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Druck: Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co. in Altenburg, Thür.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543104_0092

Ein Problem von großer sozialer Bedeutung, das gerade in letzter Zeit immer weitere Kreise der Wissenschaft und der praktischen Fürsorge, die Behörden, ja hoffentlich in absehbarer Zeit auch die Gesetzgebung interessiert, ist die Frage der Krebsbekämpfung. Dieser Kampf darf nicht erst in der Klinik beginnen, denn die Klinik kann mit ihrer Therapie nichts oder wenig erreichen, wenn das Karzinom sich schon in einem weit vorgeschrittenen Stadium befindet. Man muß deshalb, will man eine Besserung der Heilerfolge beim Krebs erreichen, mit in erster Linie bestrebt sein, die Karzinompatientinnen durchschnittlich in einem früheren Stadium der Erkrankung der sachkundigen Behandlung zuzuführen, d. h. die Frühdiagnose zu stellen. Die Erreichung dieses Zieles liegt zum größten Teil außerhalb des Einflusses der Kliniken, da die Patientinnen in den meisten Fällen zuerst die Sprechstunde des praktischen Arztes aufsuchen. Es kommt also darauf an, daß die Kranke früh genug den Arzt konsultiert, und daß der praktische Arzt in Fällen von Karzinom sofort die Diagnose stellt, bzw. alles unternimmt, was bei bestehendem Verdacht geeignet ist, den Krankheitscharakter eventuell mit Hilfe des Facharztes zu klären. Es sind also in der Hauptsache zwei Faktoren, die für den Zustand des Karzinoms bei der Klinikaufnahme verantwortlich zu machen sind:

1. das Verhalten der Frau,
2. das Verhalten des vorbehandelnden Arztes.

Es soll nun an Hand der in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik behandelten Fälle von Uteruskarzinom untersucht werden, inwieweit in Schlesien einerseits das Verhalten der krebskranken Frauen, andererseits das der Ärzte den Forderungen nach Frühdiagnose genügt, bzw. nicht genügt, um daraus die Maßnahmen

abzuleiten, die zur Förderung der Krebsbekämpfung erforderlich erscheinen.

Die Untersuchung bewegt sich ungefähr in gleicher Richtung wie die einer kürzlich erschienenen Arbeit von *Gornick*[1]).

Sämtliche folgenden statistischen Angaben sind den Fragebogen von 200 Patientinnen entnommen, die der Universitäts-Frauenklinik zur erstmaligen Behandlung überwiesen wurden. Diese Fragebogen, die alle wichtigen Daten aus der Vorgeschichte und der Vorbehandlung enthalten, habe ich auf Anregung von Herrn Professor *Geller* nach persönlicher Rücksprache mit den Kranken ausgefüllt und die gefundenen Ergebnisse mit den Anamnesen der Krankengeschichten verglichen. Irgendwelche Unstimmigkeiten sind durch nochmaliges Befragen der Patientinnen geklärt worden. Auch durch Einsicht in die Briefe des überweisenden Arztes wurden die Aussagen der Frauen abermals überprüft. So hoffe ich, daß die Fehlerquelle dieser subjektiven Angaben möglichst reduziert worden ist.

Tabelle I.

Erster Arztgang nach aufgetretenen Symptomen erfolgte innerhalb von:

1—2 Wochen	4 Wochen	2—3 Monaten	4—6 Monaten	7—12 Monaten	13—24 Monaten
13,5%	11,5%	24,5%	23,5%	20,5%	6,5%

Diese Tabelle zeigt also, daß nur 13,5% aller Frauen sofort nach Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufsuchten, 50,5% wandten sich erst nach drei Monaten an einen Arzt und 6,5% erst nach Ablauf eines Jahres.

Ähnliche Zahlen veröffentlicht *Gornick* in seiner Arbeit. Von seinen 93 Kranken erfolgte der erste Arztbesuch nach Auftreten der ersten Symptome innerhalb eines Vierteljahres bei 43 = 46,2% (gegen 49,5% in der Breslauer Klinik), bei 89 = 95,7% im Laufe des ersten Jahres (gegen 93,5% in der hiesigen Klinik) und bei 4 = 4,3% später davon (gegen 6,5%)

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß die Mehrzahl aller Frauen die ersten Erscheinungen des Gebärmutterkrebses zu gering bewertet.

Als erste Symptome wurden in 53,5% Blutungen angegeben, die in 15% dieser Fälle nach schwerer Arbeit, nach der Defäkation und post cohabitationem auftraten. In 44% wurde über Ausfluß geklagt, der abwechselnd gelb, blutig und von fötidem Geruch beschrieben wurde. Nur in 3% aller Fälle waren Schmerzen die ersten Symptome.

Aufklärung in Wort und Schrift hat also scheinbar bisher noch wenig an der Nachlässigkeit geändert, mit der viele Frauen

ihren eigenen Körper und ihr eigenes Wohlergehen beobachten. Da also in der nächsten Zeit noch nicht allzu viel von der erhöhten Einsicht der Patientinnen zu erwarten ist, so muß die Hoffnung um so mehr auf den zweiten Faktor gesetzt werden, der für den Zustand des Karzinoms bei der Klinikaufnahme verantwortlich ist, nämlich auf das Verhalten des vorbehandelnden Arztes, und von dieser Seite muß erwartet werden, daß nichts zur Heilung der krebskranken Frauen versäumt werde.

Es gilt nun nachzuforschen, inwieweit der praktische Arzt heute im allgemeinen dieser Aufgabe gerecht wird. Das erste, was man erwarten dürfte, wenn eine Frau mit Beschwerden seitens ihres Genitalorgans einen Arzt aufsucht, ist die vaginale Untersuchung. Aber die Nachforschungen darüber, ob und wann eine solche Untersuchung stattgefunden hat, ergeben nicht immer befriedigende Resultate. Auch ein viel beschäftigter Arzt muß die Zeit finden, eine Patientin vaginal zu untersuchen, hängt doch von diesen wenigen Minuten eventuell das ganze Schicksal einer Kranken ab. Auf diese Forderung wird von seiten der Ärzteschaft oft erwidert, die Patientinnen verweigerten eine vaginale Untersuchung. Diese Schwierigkeit wird vom Facharzt wahrscheinlich unterschätzt; denn wenn eine Kranke einen Frauenarzt aufsucht, so hat sie sich mit einer vaginalen Untersuchung bereits abgefunden, nicht aber, wenn sie einen allgemeinen Praktiker konsultiert. Doch sollte es einem psychologisch geschulten Arzt gelingen, eine Frau zu dieser Untersuchung zu überreden, indem er sie auf die Tragweite einer Unterlassung der Untersuchung aufmerksam macht. Auch starke Blutungen dürfen keine Kontraindikation für eine vaginale Untersuchung bilden, schützt doch der Gummihandschuh den Arzt hinreichend, und der Patientin geht die für sie so wichtige und unwiederbringliche Zeit nicht verloren.

Häufig aber wünschen die Frauen schließlich selbst eine vaginale Untersuchung, sei es, daß die Beschwerden immer stärker werden, sei es, daß ein aufklärender Artikel die Angst vor dem Krebs in ihnen geweckt hat. So drängt eine Patientin selbst auf eine innere Untersuchung, nachdem die üblichen Tropfen und Spülungen wieder einmal ihre Wirkung verfehlt haben, und manche andere sucht einen neuen Arzt auf, um vaginal untersucht zu werden. Einer Patientin gelang dies erst beim achten Arzt! So kommt es auch heute noch vor, daß 5 Frauen nach 4 Monaten, eine nach 6, zwei nach 8, eine sogar erst nach 19monatiger „Behandlung“ vaginal untersucht worden sind.

Meine Tabellen II a und b stellen dar, wann und beim wievielten Besuch eine vaginale Untersuchung stattgefunden hat. Beim Nachforschen darüber ist mir aufgefallen, bis zu welchen Einzelheiten die Frauen über ihre Arztbesuche unterrichtet waren. Nicht ein einziges Mal ist es vorgekommen, daß eine Frau sich auf den Termin ihrer ersten vaginalen Untersuchung überhaupt nicht mehr zu besinnen wußte. Es ist interessant, daß auch *Gornick* dieselbe Beobachtung machte. So darf man wohl annehmen, daß man sich auf diese Angaben vollkommen verlassen kann.

Tabelle II a.

Von 200 Frauen wurden vaginal untersucht innerhalb von:

sofort	4 Wochen	2 Monaten	3 Monaten	4 Monaten	5—6 Monaten	7—8 Monaten	19 Monaten
88,5 %	6,5 %	0,5 %	—	2,5 %	0,5 %	1 %	0,5 %

Tabelle II b.

Von 200 Frauen wurden vaginal untersucht:

beim 1. Arztbesuch	beim 2. Arztbesuch	beim 3. Arztbesuch	beim 10. Arztbesuch	?
88,5 %	3,5 %	3,5 %	2,5 %	2,0 %

Meine Tabelle demonstriert also, daß immerhin 88,5% aller Frauen beim ersten Besuch und 94% innerhalb des ersten Monats vaginal untersucht wurden. Und doch ist mit dieser vaginalen Untersuchung natürlich nur dann etwas gewonnen, wenn sie zur richtigen Diagnose führt und die Patientinnen sofort zur Behandlung in die Klinik überwiesen werden. Es ist wohl nicht anzunehmen, daß ein Arzt ein richtig erkanntes Karzinom mit ungeeigneten Mitteln zu behandeln versucht; und ein mir berichteter Fall, daß ein allgemeiner Praktiker seine Patientin darauf aufmerksam macht, daß ihre Blutungen keine regulären seien und doch Spülungen und Tabletten verordnet, dürfte zum mindesten auf nicht gestellter Diagnose beruhen. Aber auch das ist eine Unterlassung, ja Fahrlässigkeit; denn bei irregulären Genitalblutungen muß unbedingt die Diagnose geklärt werden. Und so lautet die nächste Frage: wann wurden die Frauen der Klinik überwiesen (Tab. III), und in welchem Zustand befanden sie sich damals (Tab. IV)?

Tabelle III.

Es wurden vom vorbehandelnden Arzte der Klinik überwiesen

a) nach dem ersten Arztgang innerhalb

von 1—2 Wochen	von 3—4 Wochen	von 2—3 Monaten	von 4—6 Monaten	von 7—12 Monaten	von 13—20 Monaten
55 %	14,5 %	14 %	9,5 %	5,5 %	1,5 %

b) nach der ersten vaginalen Untersuchung innerhalb

65 %	10 %	13 %	6,5 %	4,5 %	1 %
Gornick: 22,6 %	18,3 %	24,7 %	15 %	18,3 %	1,1 %

Die Tabellen zeigen also, daß 55% bzw. 65% im Laufe der ersten beiden Wochen der Klinik überwiesen wurden, d. h. nur in der reichlichen Hälfte aller Fälle wurde die Diagnose sofort gestellt. Dabei kommt der um 10% bessere Wert der zweiten Tabelle gegen die erste sämtlich auf Kosten jener Fälle zustande, die erst im Laufe einer längeren „Behandlung" vaginal untersucht worden sind, zeigt aber, daß diese vaginalen Untersuchungen zur richtigen Diagnose geführt haben. Aus diesen Tabellen ist weiterhin zu ersehen, daß 70—75% der Frauen innerhalb der ersten 4 Wochen und 84,5% bzw. 88% im Laufe der ersten 3 Monate der Klinik überwiesen wurden, die restlichen Prozent verteilen sich auf die nächsten 17 Monate, 2 bzw. 3 Patientinnen wurden erst nach 20 Monaten überwiesen. Über den Zustand jener 33 Frauen, die erst nach Ablauf von 3 Monaten der klinischen Behandlung zugeführt wurden, ist folgendes zu sagen: 5 davon sind Korpuskarzinome, von den restlichen 28 Kollumkarzinomen befanden sich nur 8 im Anfangsstadium, die übrigen 20 sind weit vorgeschrittene, inoperable Fälle in zum Teil desolatem Allgemeinzustand; 23 von diesen Patientinnen wurden vom Arzt mit Spülungen und Tropfen usw. behandelt.

Zur bequemeren Orientierung sind die Zahlen *Gornicks*, von mir in Prozenten ausgerechnet, unter meine Ergebnisse eingetragen worden. Dabei zeigt sich, daß die von *Gornick* angegebenen Zahlen zum Teil beträchtlich mit den von mir gefundenen differieren. Nur 22,6% (gegen 65%) wurden im Laufe der ersten 2 Wochen eingeliefert und 65,6% (gegen 88%) innerhalb der ersten 3 Monate. Es darf aber nicht vergessen werden, daß *Gornick* seine Erhebungen schon 2 Jahre früher anstellte. Vielleicht darf man hoffen, daß den Bemühungen um verantwortlichere Krebsfürsorge der praktischen Ärzte durch Aufruf und Aufklärung dieser Erfolg zuzuschreiben ist.

Doch darf man mit diesen Ergebnissen noch nicht zufrieden sein; denn die Tatsache, daß 88% aller Frauen beim ersten Arztbesuch vaginal untersucht wurden und nur 55% sofort der Klinik überwiesen wurden, beweist, daß der Zweck der vaginalen Untersuchung, die Stellung der Diagnose nämlich, in einer großen Zahl der Fälle nicht erfüllt wurde, weil der Arzt entweder nicht die nötigen Erfahrungen und Kenntnisse dafür besaß oder sich nicht gründlich genug darum bemühte. *v. Jaschke* (2) hat den Eindruck gewonnen, daß die jüngeren Ärzte zwar vaginal untersuchen, aber mit der Überweisung zögern, während die älteren Ärzte Zeit vergehen lassen, bevor sie vaginal untersuchen, dann aber die Patientinnen sofort überweisen. Ein zweiter Beweis dafür, daß die Diagnose in vielen Fällen nicht gestellt wurde, ist die unrichtige Behandlung, die bei 52 = 26% der Patientinnen anfangs durchgeführt wurde. Von den Behandlungsmethoden, die in diesen Fällen angewandt wurden, stehen Tropfen und Spülungen noch immer an erster Stelle.

Aber nicht immer sind die Ärzte für eine verzögerte Klinikaufnahme verantwortlich zu machen, oft müssen sich die Frauen die Schuld an ihrem desolaten Zustand selbst zuschreiben. Ist doch oft die Angst vor der Operation, die der Praktiker vorschlägt, oder vor der Klinikaufnahme überhaupt der Grund dafür, daß die Patientinnen den Arzt nicht mehr aufsuchen und sich statt dessen einem Kurpfuscher anvertrauen. Dann kommen die Frauen, wenn überhaupt, erst viel später in klinische Behandlung. Es dürfte sich deshalb wohl im allgemeinen empfehlen, daß der praktische Arzt nur die Notwendigkeit der klinischen Behandlung mit Hinweis auf den Ernst des Leidens ausspräche, nichts aber den Patientinnen über die Art der Behandlung mitteilte, wozu er ja auch meist gar nicht in der Lage ist; der Anstaltsarzt kann das mit viel besserem Nachdruck und Erfolg tun.

Als letzter Grund für eine verzögerte Krankenhausaufnahme muß noch die allgemeine Notlage kurz erwähnt werden. Es erübrigt sich auszuführen, wie weit die allgemeine Armut sowohl der einzelnen Patientinnen als auch der Krankenkassen und Behörden ein Hindernis oder zumindest eine Verschleppung für die rechtzeitige klinische Behandlung darstellt. Es ist deshalb zu wünschen, daß möglichst viele Freibetten zur Verfügung gestellt werden, wie es an der Breslauer Universitäts-Frauenklinik für alle unbemittelten krebskranken Frauen geschieht.

Faßt man die Ergebnisse zusammen, so kann man etwa folgendes sagen: Die Schuld an der verzögerten Einlieferung in die Klinik trifft:

1. den Arzt, der die Diagnose falsch oder gar nicht stellt, sei es, daß er nicht die ausreichenden Erfahrungen dazu besitzt, sei es, daß er sich nicht die nötige Zeit dazu nimmt, indem er gar nicht oder nicht eingehend genug die Patientinnen vaginal untersucht;

2. trifft die Schuld die Patientin selbst, die eine vorgeschlagene Operation oder eine Klinikaufnahme verweigert;

3. ist es die allgemeine Notlage und die damit verbundene Abhängigkeit von Wohlfahrt, Krankenkassen und Unterstützungen und die Langsamkeit, mit der diese Behörden oft arbeiten.

Inwiefern läßt sich nun ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem verzögerten Behandlungsbeginn (durch Indolenz der Frauen, durch nicht rechtzeitig gestellte ärztliche Diagnose) und den Heilungsaussichten wirklich nachweisen? Dieser Nachweis muß ja die Hauptaufgabe dieser Untersuchung sein; denn nur soweit die Krebsheilbarkeit durch die Verschleppung der Krankheit von den ersten Symptomen an bis zu Beginn der Behandlung benachteiligt bzw. die Heilbarkeit bei durchschnittlich frühzeitig gestellter Diagnose begünstigt wird, können wir hoffen, durch Bemühungen um Besserung der Frühdiagnose

einen Erfolg in der Krebsbekämpfung, d. h. ein Herabdrücken der Mortalität des Uteruskarzinoms zu erzielen. Für die Beurteilung der Heilungsaussichten ist, abgesehen von verschiedenen, schwer zu beurteilenden Faktoren, wie histologischer Charakter des Krebses, Konstitution der Patientin usw., vor allem die Ausbreitung des Karzinoms zu Beginn der Behandlung von Bedeutung. Es handelt sich also um die Frage, inwiefern sind die Karzinome der frühzeitig der Behandlung zugeführten Frauen weniger weit vorgeschritten als die spät eingelieferten.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen Stadien der Erkrankung bei der Krankenhausaufnahme.

Tabelle IVa.

Art und Ausbreitung des Karzinoms bei der Klinikaufnahme.

Korpuskarzinome 13 = 6,5 %	Kollumkarzinome 187 = 93,5 %			
	Stadium I	Stadium I-II	Stadium II	Stadium III
	17 = 9 %	21 = 11,3 %	20 = 10,7 %	129 = 69 %

Bei Betrachtung dieser Tabelle fällt als erstes die traurige Tatsache auf, daß 69% der Kollumkarzinome, das bedeutet 64,5% aller Karzinome, sich bei der Klinikaufnahme in einem weit vorgeschrittenen, zum Teil infausten Zustand befanden. Nur 9% aller Kollumkarzinome konnten als Anfangsstadium bezeichnet werden.

Wie ändert sich nun die Verteilung der Karzinome auf die einzelnen Stadien bei Frauen, die sofort vaginal untersucht und der Klinik innerhalb von 14 Tagen nach dem ersten Arztgang überwiesen wurden, Kranken also, bei denen der vorbehandelnde Arzt sein Bestes geleistet hatte; es ist dies bei 93 Frauen der Fall.

Tabelle IVb.

Ausbreitung des Karzinoms bei sofort vaginal untersuchten und der Klinik innerhalb von 14 Tagen überwiesenen Patientinnen (93 Fälle).

Korpuskarzinome 5 = 5,3 %	Kollumkarzinome 88 = 94,7 %			
	Stadium I	StadiumI-II	Stadium II	Stadium III
	7 = 7,9 %	9 = 10,2 %	9 = 10,2 %	63 = 71,7 %

Auch hier muß die Beobachtung gemacht werden, daß 71,7% aller Kollumkarzinome sich bei der Klinikaufnahme im III. Stadium befanden. Diese Tatsache beweist, daß die Diagnose in fortgeschrittenen Fällen sofort gestellt wird, während die Anfangsstadien unter falscher Diagnose behandelt werden. Außerdem könnte für die große Mehrzahl der vorgeschrittenen Karzinome noch die Tatsache verantwortlich gemacht werden, daß eben auch von den sofort vaginal untersuchten Frauen nur ein kleiner Teil frühzeitig nach den ersten Symptomen den Arzt aufgesucht hat (vgl. Tab. I).

Wieweit diese Begründung für die große Häufigkeit der vorgeschrittenen Karzinomstadien bei der Klinikaufnahme aber zutrifft, zeigt die nächste Tabelle, in der ich jene 17 Patienten zusammenstellte, die innerhalb von 4 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufsuchten, sofort vaginal untersucht und innerhalb von 14 Tagen der Klinik überwiesen wurden; es handelt sich also um Fälle, bei denen die besten Vorbedingungen von seiten der Patienten sowohl wie von seiten des vorbehandelnden Arztes erfüllt worden sind.

Tabelle IVc.

Ausbreitung des Karzinoms bei Frauen, die innerhalb von 4 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufsuchten, sofort vaginal untersucht und der Klinik innerhalb von 14 Tagen überwiesen wurden (17 Patientinnen).

Korpuskarzinome 3	Kollumkarzinome 14			
	Stad. I	Stad. I—II	Stad. II	Stad. III
	2	3	3	6

Es zeigt sich auch hier, daß von diesen 14 Kollumkarzinomen sich bereits 6 im III. Stadium befanden. Der von der rechtzeitigen Kliniküberweisung, gerechnet vom Auftreten der ersten Symptome an, erwartete Erfolg ist also nur ein recht mäßiger. Wie die nächste Tabelle erläutern soll, besteht eben in vielen Fällen kein Parallelismus zwischen dem Auftreten der ersten alarmierenden Symptome und der Entwicklung des Uteruskarzinoms.

Tabelle V.

1. Arztgang nach Auftreten der ersten Symptome erfolgte:	Überweisung in die Klinik nach dem 1. Arztbesuch:	Ausbreitung des Karzinoms
nach 8 Monaten	nach 4 Monaten	Kollumkarzinom I—II
nach 3 Monaten	nach 20 Monaten	„ I—II
nach 12 Monaten	sofort	„ I—II
nach 5 Tagen	sofort	„ III
nach 3 Wochen	sofort	„ III
nach 3 Wochen	sofort	„ III

Man kann also von dem Termin des ersten Arztganges und der Klinikaufnahme nicht ohne weiteres auf die Ausbreitung des Karzinoms schließen, weil augenscheinlich die ersten Symptome in den einen Fällen sehr früh, in den anderen erst in einem ausgesprochen späten Stadium auftreten.

Als Ursache für die traurige Beobachtung, daß trotz frühzeitiger Klinikaufnahme nur bei einem so kleinen Teil der Frauen das Uteruskarzinom sich noch in einem Anfangsstadium befindet, kommen zwei, hinsichtlich der Aussicht auf Besserung dieser Erscheinungen recht verschieden zu beurteilende Möglichkeiten in Betracht: Erstens die Natur des Uteruskarzinoms, d. h. sein rasches Wachstum ohne Symptome, zweitens die Unachtsamkeit der Frauen gegenüber möglicherweise doch früher auftretenden Krank-

heitserscheinungen. Im ersten Fall kann die Hoffnung auf eine Besserung der Frühdiagnose nur als recht klein bezeichnet werden, man müßte denn verlangen, daß alle Frauen sich in regelmäßigen, ziemlich kurzen Abständen genital untersuchen ließen, was schon *Lazarus* (3) für alle Frauen nach dem vierzigsten Jahre fordert. Im zweiten Falle aber darf man schon von einer Aufklärung der Frauen eine größere Beachtung aller bestehenden Krankheitserscheinungen erwarten.

In dieser Arbeit sollte untersucht werden, wo der Grund dafür zu suchen ist, daß ein so großer Teil aller karzinomkranken Frauen erst in einem so weit vorgeschrittenen Stadium der Klinik zur Behandlung überwiesen wird. Wir haben gefunden, daß, obgleich zirka 50% aller Frauen innerhalb der ersten 3 Monate nach Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufsuchten, und obgleich zirka 50% in den ersten 14 Tagen der Klinik überwiesen wurden, sich doch nur wenige operable Fälle darunter befanden. Als Grund dafür wurde erkannt, daß

1. die Mehrzahl aller Frauen die ersten bemerkbaren Symptome seitens ihrer Genitalorgane zu gering bewertet,

2. die Ärzte wohl zum großen Teil vaginal untersuchen, aber den Krankheitscharakter nicht erkennen und unrichtig behandeln, weil sie teils die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen nicht besitzen, teils sich nicht die nötige Mühe dazu geben.

3. Als dritter Faktor wurde die besondere Malignität der karzinomatösen Geschwülste erkannt, auf deren Wachstum und Ausbreitungsgeschwindigkeit die Krankheitssymptome nicht genügend, d. h. nicht rechtzeitig alarmierend hinweisen.

Dieser dritte Faktor ist wohl kaum zu beeinflussen, wohl aber kann man hoffen, daß es gelingen dürfte, die praktischen Ärzte und die Patientinnen zur Mitarbeit im Kampfe gegen das Karzinom zu gewinnen. Alle Wege und alle Bemühungen zu schildern, mit denen seit Jahren schon auf dieses Ziel hingearbeitet wird, geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus. Im allgemeinen wird sich nur sagen lassen, daß Ärzte, Hebammen und Fürsorgeschwestern eine Arbeitsgemeinschaft werden bilden müssen, um die Frauen immer wieder über die Früherscheinungen, das Wesen und die Heilbarkeit des Genitalkarzinoms aufzuklären in Vorträgen und Aufsätzen, in Film und Rundfunk. Gelingt es, dadurch die Frauen rechtzeitig der ärztlichen Behandlung zuzuführen und die Heilungsziffern des Karzinoms zu bessern, bzw. die Mortalität herunterzudrücken, so wird man sich auch mit der Karzinophobie, dem viel

berüchtigten und gefürchteten Gespenst, abfinden können und auch dafür Mittel und Heilung finden. Das zweite, ebenso wichtige ist dann, die gründlichste Ausbildung der Studenten und die Fortbildung der Ärzte in der Diagnostik und ihre Erziehung zu Pflichtbewußtsein und Verantwortlichkeitsgefühl.

Es muß aber zum Schluß nochmals betont werden, daß unbeschadet der Richtigkeit aller Bemühungen um Frühdiagnose zur Besserung der Prognose des Gebärmutterkrebses gerade diese Untersuchungen deutlich die Grenzen unseres Könnens in der Bekämpfung der Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs gezeigt haben, die in der Tatsache des symptomlosen Wachstums des Uteruskarzinoms begründet sind.

Es sei mir erlaubt, zum Schluß meinen verbindlichsten Dank Herrn Professor Dr. *Fraenkel*, Direktor der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau, auszusprechen für die Überlassung des Materials. Mein besonderer Dank gebührt Herrn Professor Dr. *Geller*, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, für seine Anregungen und sein stets hilfsbereites Interesse.

Literatur.

1. *Gornick*, Zur Zustandsverantwortlichkeit beim Genitalkarzinom der Frau. 4. Jahresbericht des Deutschen Instituts für Frauenkunde (1929). — 2. *v. Jaschke*, Kernproblem im Kampfe gegen das Uteruskarzinom. Strahlentherapie Bd. 35. — 3. *Lazarus*, Kollektive Strahlenbekämpfung des Krebses. Monatsschrift ung. Mediziner (1930).

Lebenslauf.

Ich wurde am 25. Juli 1907 in Tarnowitz (O.-S.) geboren, besuchte die Lyzeen in Kattowitz (O.-S.) und Sorau (N.-L.) und das Pestalozzi-Oberlyzeum in Berlin. Nach abgelegter Reifeprüfung ließ ich mich Ostern 1927 für die medizinische Fakultät immatrikulieren und absolvierte darauf vier Semester in Breslau und ein Semester in Graz. Nach dem fünften Semester bestand ich das Physikum in Breslau. Nachdem ich nun drei weitere Semester in Breslau und je eines in Innsbruck und Marburg (Lahn) studiert habe, stehe ich im elften Semester und hoffe, Ostern 1933 mein Staatsexamen bestanden zu haben.

Maria Baumert